érudit
www.erudit.org

« Le centre de soins l'AVRE »

Hélène Jaffe et Marie-Hélène Beaujolin

Santé mentale au Québec, vol. 17, n° 2, 1992, p. 293-302.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: http://id.erudit.org/iderudit/502083ar

DOI: 10.7202/502083ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. *Érudit* offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Document téléchargé le 16 novembre 2015 08:10

Le centre de soins l'AVRE

L'Association pour les Victimes de la Répression en Exil (l'AVRE), a ouvert ses portes en 1985. Le mandat de l'organisme est triple: gérer, à Paris, un centre de soins pour les victimes de torture; aider localement, lorsque les conditions le permettent, les populations victimes de répression massive (soins, formation de personnels de santé); informer et sensibiliser le public sur la réalité de la torture.

Environ 1200 victimes ont été soignées au centre de soins à Paris, et l'équipe, enrichie progressivement, compte aujourd'hui vingt personnes: trois médecins généralistes, un rhumatologue, un dermatologue, un neurologue, un psychiatre, trois psychothérapeutes, un psycho-sociologue trilingue, un pédiatre, un kinésithérapeute, deux assistantes sociales, un juriste, deux

secrétaires, répartis en temps plein, mi-temps et vacations. Certains sont bénévoles.

Les missions les plus récentes ont été organisées au Tchad (250 patients suivis), au Maroc et dans la partie kurde de l'Irak. À chaque fois, des contacts avec les personnels de santé locaux sont pris, puis entretenus depuis la France.

Les principaux bailleurs de fonds sont: l'ONU (Fonds d'aide aux victimes de la torture), la CEE, le FAS, le gouvernement français, quelques fondations privées, ainsi qu'un noyau de donateurs fidèles.

La rencontre patients-thérapeute: premiers soins

Nous savons que la torture assigne au silence. L'attention que nous portons à décoder tous les signaux de détresse que lance celui qui en a été victime nous amène à saisir, au-delà des mots et des logiques — et ce serait là que se situerait notre acquis — un fil d'Ariane. Fil ténu certes, mais qui, pas à pas, nous conduit à ces ilôts où la réalité présente est reconnue dans son aspect non menaçant.

D'autre part, nous voyons qu'en situation de détresse extrême, des hommes d'origine, de niveau social, culturel, aussi dissemblables que possible, emploient pour en parler les (presque) mêmes mots; les (presque) mêmes images.

Voilà pourquoi une équipe pluridisciplinaire est ce qui nous apparaît le meilleur instrument pour capter les messages qui nous sont envoyés de l'au-delà des mots, par une indicible douleur.

La démarche qui consiste à venir dans un centre de soins consacré à des victimes de la torture n'est pas anodine: la première consultation, pour celui qui y met tout son espoir et beaucoup d'angoisse, doit être menée avec souplesse, imagination et sensibilité.

Le traitement, nous en sommes convaincus, commence dès l'accueil: l'ambiance du local, l'organisation des rendez-vous évitant les rencontres importunes, méritent de retenir l'attention si l'on veut que la première rencontre soit ressentie favorablement; les attentes, quelquefois inévitables, ne doivent pas être vécues comme un abandon angoissant: bavarder, offrir à boire, s'enquérir des conditions de vie, permet d'éviter le rappel d'autres attentes autrement menaçantes.

Le généraliste, dans l'équipe de soins aux victimes de tortures, a une position clé. C'est de lui que dépend la première impression, à partir de laquelle la confiance peut se reconstruire. C'est à lui que revient d'organiser et de coordonner le traitement, et de confier le patient à ceux ou celles qui sont les plus aptes à le traiter en fonction de ce qu'il a appris de lui.

Il doit être plus que jamais «à l'écoute» des symptômes, savoir se laisser guider par les demandes du patient, sans perdre le contrôle de la situation. Comment «interroger» sans mener un «interrogatoire»? Comment inspecter le corps présenté comme douloureux («J'ai mal partout») et l'approcher sans recréer la peur?

Le premier entretien pourra être bref et l'examen sobre. Il faut se rappeler que le déshabillage est un rituel presque toujours vécu auparavant comme une humiliation majeure. Savoir que les plaintes ont un contenu organique et symbolique, et que les unes ne doivent pas être reçues au détriment des autres. Savoir, enfin, abandonner l'examen clinique au moment où s'instaure un entretien fertile. L'inquiétude concernant l'intégrité physique est-elle au premier plan? Sinon, quelle est la difficulté actuelle, majeure, obsédante, à laquelle le service social pourra apporter une solution?

Quelquefois, l'angoisse est si lourde que c'est un patient complètement hermétique que l'on a en face de soi. Montrer par quelques détails que l'on est au courant de la situation dans le pays d'origine permettra un début — sinon de dialogue — du moins d'intérêt et d'écoute. Dans ce genre de situation, l'imagination est au pouvoir!

Au terme de la ou des premières consultations, les plaintes sont hiérarchisées, et un schéma thérapeutique sera élaboré. C'est alors que peuvent intervenir les spécialistes, les kinésithérapeutes, le service social, infirmier, juridique, ou les psychiatres.

Se retrouver face à un psychiatre n'est jamais une expérience banale. Encore moins pour des personnes sur lesquelles la torture a fait passer l'aile de la folie. Encore moins pour ceux qui ont eu affaire à des «médecins», voire à des «psy» parmi leurs persécuteurs. Être psychiatre, c'est choisir, ici comme ailleurs: faut-il proposer un médicament? Faut-il voir le conjoint, les proches? Quelle stratégie adopter qui soit acceptable pour le patient? Il faut aussi veiller à ce que la réponse à cette situation ne referme pas la question et n'exclut pas la recherche du sens. Voilà la tâche de tout psychiatre. Mais à l'AVRE, on a affaire à des personnes de nationalité étrangère à la sienne. Il faut donc apprendre que ce qui paraît fou au médecin occidental peut être ailleurs considéré comme réaction salutaire.

La maladie mentale n'a pas de frontières, mais elle prend, selon les cultures, des formes différentes qu'il faut apprendre à reconnaître. La confiance que ces hommes et ces femmes ont en ce psychiatre occidental n'est pas évidente, et pourtant elle existe. Cela tient surtout à la façon dont la consultation du «psy» est articulée avec celle des autres intervenants: le médecin référant et le psychothérapeute, mais aussi avec le kinésithérapeute, l'assistante sociale.

L'exil: quel impact a-t-il?

Pour les patients de l'AVRE, les événements (traumatiques) du passé pèsent lourd dans les bagages et on ne peut pas isoler la psychopathologie souvent présente sans établir une continuité de sens et d'interprétation entre ce qui relèverait du passé et du présent; ceci même lorsqu'il est évident que certaines souffrances expriment le déracinement, le mal du pays ou la peur de l'inconnu.

Le départ en exil est un événement grave — fracture, perte, deuil — lourd de conséquences, mais dont le but est de permettre, dans un pays tiers, proche ou lointain, de vivre.

Le départ est apparu comme l'unique solution, en urgence — absolue ou relative —, à une mise en péril personnelle, lorsque le cercle menaçant se resserre et ne laisse plus d'alternative. Ou encore lorsque le départ de tel individu est perçu comme indispendable à la sécurité d'un groupe militant, par exemple.

Nous nous situons donc délibérément dans les conditions de l'exil politique, en raison de notre expérience au centre de soins pour les victimes de tortures, à Paris, victimes qui sont en grande majorité des réfugiés politiques.

De tels patients, nous en voyons aussi au cours de missions dans leur pays. Cette double perspective devrait nous permettre de mettre en évidence ce qui relève d'une pathologie (éventuelle) liée à l'exil, dans les troubles ou difficultés psychologiques auxquels nous avons pu être confrontés.

Dans l'ébranlement de la personnalité qu'induit — ou vise à induire — la torture, qu'ajoute cette fracture géographique, affective, culturelle de l'exil, le regard de et vers l'étrange étranger? Pour certaines personnalités à faille, cette épreuve «en trop» peut être à l'origine de décompensation souvent rapidement réversible, mais aussi parfois désespérément chronique.

Nous ne ferons pas une étude exhaustive, mais décrirons quelques situations à partir desquelles peuvent se faire les dérapages, voire les effondrements.

Panique et reviviscence

Très près de la période traumatique (torture, clandestinité, etc...), la personne qui arrive en France est encore «agie» par les événements qui viennent de débouler dans son existence.

La peur, le repli, la perte de repères extérieurs et intérieurs sont réactivés par des situations banales et représentent alors une reviviscence des événements douloureux.

À qui faire confiance? Au bloc opaque et omniprésent des bourreaux se substitue une nouvelle opacité, celle de l'inconnu. La victime de tortures éprouve l'état de transparence qui lui a été imposé. Qui est qui? Pourrais-je courir encore assez vite pour échapper à cet homme en uniforme — un contrôleur de billets de métro —, à celui-ci qui marche derrière moi, avec des semelles de crêpe comme ceux des services secrets, ou à cette voiture, qui longe le trottoir?

Ces craintes peuvent être ultérieurement rationalisées, critiquées; sur le moment, elles sont irrépressibles et peuvent assaillir la tête et le corps (réveil de douleurs, perte des urines par exemple).

Du caïdat à l'infantilisation

Autre cas de figure: celui du militant engagé, en situation de responsabilité peut-être, qui se trouve dépouillé de son ascendant — son pouvoir — sur le groupe auquel il s'est imposé même en prison, dans des conditions aux marges de manœuvres très étroites.

Il refuse souvent d'apprendre la langue dont la maîtrise imparfaite est ressentie comme une insupportable frustration et met en péril une construction narcissique bâtie autour de la fonction militante.

Un de nos patients, responsable syndical, est beaucoup plus un révolutionnaire patenté que le chef de chantier qu'il dit avoir été. De multiples expériences professionnelles se sont soldées par des échecs dont il se console en faisant des projets mirifiques ici — ou là-bas, quand il reviendra — qui ne servent que de cache-misère à son incompétence professionnelle. C'est dans sa famille, nombreuse, qu'il exerce son autorité et essaie de créer une cellule idéale, comme il l'a rêvée — vécue peut-être — dans son pays, lors de son activité politique. Il induit en fait une terreur familiale, et ses enfants grandissants désertent la maison l'un après l'autre. L'exil a brisé son piédestal. Il se met alors à boire. Comment aider cet homme dans la cinquantaine, qui accumule les difficultés matérielles et refuse de sortir de son rôle de héros déchu. Sa femme gère la situation sans bruit, comme elle peut.

Tel autre ne peut sortir de son rôle d'opposant aux gardiens de prison, et le monde reproduit un système manichéen gardes/prisonniers. À son patron qui lui fait remarquer qu'on ne doit pas fumer dans un atelier de menuiserie, il rétorque, cigarette à la bouche: «Moi, je suis un prisonnier politique...»

Madame F... a mené la barque sans défaillir pendant les années de prison de son mari, puis dans les deux ans de clandestinité qui ont précédé la fuite du couple où, libéré, son mari demeurait recherché. Rien alors ne laissait prévoir que cette femme, réfugiée statutaire, deviendrait en exil la

petite fille craintive qu'il faut accompagner (elle parle très bien le Français) pour la moindre démarche administrative. «Avant, finit-elle par dire, il y avait la peur, et on savait se débrouiller avec. Maintenant il y a la honte». La honte de quoi? D'avoir «lâché», doublée de celle de se retrouver dans la cohorte anonyme et souvent, il faut le dire, méprisée, des «demandeurs». De quoi se faire tout petit et déléguer à d'autres ce que l'on faisait autrefois tout seul, y compris avec danger. S'il y a une pathologie de l'exil, c'est souvent d'une attaque du narcissisme qu'il s'agit, et les réponses défensives peuvent prendre l'allure de régressions comportementales.

Exil: un arrêt sur image?

Situation de vie «figée»: la jeune Madame I... est arrivée en France quelques mois après la mort, sous la torture, de son mari (Ils ont été mariés trois semaines avant d'être arrêtés l'un et l'autre). Chaque début d'élaboration de ce deuil s'est trouvé stoppé par des nouvelles dramatiques du pays.

Cette femme intelligente, cultivée, n'a pas pu trouver de travail en rapport avec son niveau, qui aurait pu lui offrir un dérivatif efficace. Plutôt que de se faire surprendre par un ènième drame, elle les anticipe ou s'approprie ceux des autres. Dans sa communauté, elle est celle qui veille les moribonds.

Dans un ordre d'idées voisin, ce jeune homme échappé de son pays apprend l'exécution de son père, en représailles à sa fuite. Il y a, bien sûr, la culpabilité taraudante, il y a aussi l'impossibilité de s'acquitter du rite mortuaire que seul lui, le fils, peut accomplir. Comment vivre ici et maintenant, quand on a laissé derrière soi un inachevé, irrémédiable?

Ici et là-bas: un voyage sans fin

La trame quotidienne de l'exil se fait sur un mode qui peut prendre une coloration d'hyper-activité mentale de type hypomaniaque. Un aller-retour ici/là-bas entre les «petits problèmes» quotidiens et les questions qui tracassent — le lait du chat, ou le livre de la bibliothèque non rendu, et le certificat de vaccination des enfants, oublié — et bien d'autres. La fréquence de ces oscillations va diminuer au fur et à mesure que le «ici» va s'imposer. Mais il peut exister des situations d'oscillation épuisantes qui bloquent tout accès à des acquisitions nouvelles.

Des acteurs de l'exil: nous

Une partie de la pathologie de l'exil peut être induite par nos comportements. Se laisser prendre à un misérabilisme qui ôterait toute place aux aspects positifs de l'exil — la survie possible, même si difficile, et l'enri-

chissement par l'acquisition d'une nouvelle culture, en sont deux parmi d'autres.

Par ailleurs, nos institutions sont bien inhumaines lorsque, quelles que soient leurs excuses, elles ont fait attendre des années la reconnaissance du droit d'asile, du droit au séjour. Un de nos patients s'est «réfugié» dans un délire de persécution qui a disparu en quelques jours lorsqu'il est redevenu «quelqu'un» pour l'Office de protection des Réfugiés et apatrides (OFPRA).

De même sommes-nous coupables de passivité vis-à-vis des «marchands de liberté» qui font payer à prix d'or un «forfait asile», recréant — lorsque l'argent n'a pas pu être versé au départ — une classe d'esclaves, corvéables à merci, jusqu'à (et au-delà de) l'extinction de leur dette.

On assiste alors, dans certains cas, à une pérennisation de la dépendance, de la soumission à une autorité qui a droit de vie, comme l'a eu le système répressif qu'on a fui.

Enfin, si recul il y a par rapport à l'engagement politique, de même y a-t-il aussi réexamen des engagements affectifs. Il nous faut tenir compte lors des regroupements familiaux, et nous demander qui y tient le plus: nous ou eux?

Le travail que nous faisons dans les pays où la torture a existé ou existe encore nous a convaincu que tous ont des difficultés de réadaptation à la vie sociale et familiale: chez soi ou ailleurs, beaucoup de victimes de tortures se sentent modifiées et perçoivent leur environnement également modifié. Qui est-on devenu? Qui est l'autre? Le doute colle à la peau, rendant un homme ou une femme étrange à soi-même, étranger dans son pays, dans sa famille. Ceci se traduit par des modifications du comportement pouvant aller aussi bien dans le sens du repliement que de l'agressivité. La fracture, ce n'est pas l'exil, c'est ce qui s'est passé avant: l'organisation délibérée d'un traumatisme visant à briser un être humain.

Aussi, des rythmes et des modes d'intégration différents entre les membres d'une famille peuvent-ils agrandir une faille déjà créée par la séparation infligée par l'emprisonnement, l'éloignement et des incurvations divergentes des vies.

Qu'ajoute l'exil, ou que retire-t-il?

Pour beaucoup de victimes de répression grave, l'exil, rappelons-le, c'est sauver sa vie, et, pour ne pas penser trop vite et à leur place en termes de malheur à venir, on doit avoir vu le soulagement de certains lorsque, réfugiés statutaires, ils savent qu'ils ne risquent plus de retourner «là-bas».

C'est vrai que les choses se compliquent rapidement et qu'il y a toute la vie à reconstruire dans un pays que l'on avait souvent rêvé plus hospitalier.

L'exil, nous en avons donné des exemples, peut aussi représenter un traumatisme cumulatif: dans certains cas, les troubles psychologiques vont en s'aggravant. Il agit alors comme un trauma surnuméraire: on peut avoir mieux résisté au premier (la torture) qu'au second (l'exil). L'effet de sommation existe et nous rappelle que certains se sont effondrés à la seconde arrestation, lorsque «ça» recommence.

Qui sont les plus exposés du fait de l'exil?

Ce sont ceux, nous semble-t-il, dont le système de valeurs a été le plus malmené et qui ne comprennent plus les idéaux qui leur ont valu la torture. Sur un plan symbolique, ils ne sont pas en exil, mais apatrides.

Ceux qui doutent de leur intégrité psychique et mentale: les complexités de la vie en exil, dont ils comprennent mal le mode d'emploi, alimentent douloureusement leur angoisse. Ceux qui ne savent pas ce qu'il est advenu de leurs proches. Ceux dont l'exil a été la cause directe de la mort du père, d'un petit frère. Les héros parfois, les vrais, que l'exil peut faire lentement déchoir: sauront-ils — voudront-ils — jamais devenir «comme tout le monde»?

Y a-t-il des conduites psychothérapeutiques particulières à adopter?

Les psychothérapeutes ont affaire aux fantasmes de leurs patients. C'est leur terrain de travail naturel.

Or, concernant les victimes de torture, la réalité est omniprésente, réalité (on pourrait même dire réalisme) de la violence délibérée dont le corps porte, parfois encore atrocement, la trace. Réalité de l'exil avec son cortège de problèmes objectivement envahissants (logement, travail, langage), auquel il faut ajouter, dans beaucoup de cas en France, l'insécurité de situation dans l'attente d'un hypothétique statut juridique.

Le psychothérapeute est ainsi très vite pris à contre-pied de ses habitudes et de son savoir-faire.

Le psychothérapeute, s'il «écoute», observe, élabore à peu près comme à son habitude, devra s'aventurer dans de nouveaux modes de langages et de nouveaux modes relationnels (ce à quoi sa formation ne l'a pas vraiment préparé), s'il veut suivre son patient turc, sri-lankais, marocain, de l'indicible de la torture jusqu'à une souffrance qui a trouvé sa place dans les souvenirs, en passant par une élaboration sur les difficultés de l'exil.

Dévoilement de la situation thérapeutique

À l'AVRE, un certain dévoilement de la situation thérapeutique est voulu: dès l'abord on dit qui nous sommes (Centre de Soins pour les Victimes de la Torture), où nous travaillons (visite des lieux), ce que nous faisons (pluridisciplinarité). Ceci procède d'un souci d'accueil et d'une

conviction: là où il y a eu portes fermées, yeux bandés, organisation de la perte des repères, il faut, un peu comme une antidote, apporter transparence, perception de l'ensemble, compréhension minimale du nouvel environnement.

L'apparente aisance de cette relation à son début doit en fait être très contrôlée. À trop chercher la confiance, essentielle, et que toutes ces conduites visent à établir, on risque de récolter le rejet ou, sa sœur siamoise, la dépendance.

Questions de langage

Environ la moitié des patients de l'AVRE est francophone. Pour les autres, nous en sommes convaincus, l'absence de langue commune n'est pas la barrière infranchissable que l'on pourrait redouter: il y a de multiples façons de se faufiler devant ce qui n'est qu'une difficulté de parcours et finalement de trouver d'autres langages. Ceux-ci ont souvent le mérite d'être de meilleurs véhicules de l'émotion que les seuls mots, le problème étant bien sûr ensuite de ne pas laisser la décharge émotionnelle dans le vide.

De tous les moyens utilisés, le mime est le plus riche. Le dessin vient souvent ponctuer le mime. Il est une façon de conclure un épisode, de déposer, mettre un peu plus loin ce qui a été exprimé par les gestes. Le dessin sert, lui, de support interprétatif.

Le recours à l'interprète, quant à lui, est d'autant plus fructueux que sa présence peut s'ajuster en fonction des mouvements et moments de la psychothérapie. Au début (mais peut-être pas au tout début), il est précieux d'avoir une première version (il y en aura souvent, par la suite, d'autres) de l'histoire d'un patient. Par ailleurs, médiateur culturel, l'interprète participe de façon forte à l'intériorisation de repères stables, que la structure de soins globale cherche à favoriser.

La présence de l'interprète n'est pas neutre. Il est l'objet de transfert, comme le psychothérapeute, comme l'institution dans son ensemble, et ceci peut être utilisé.

[Une forme de clivage de l'objet peut s'y jouer, et à minima de l'ambivalence, ce qui fournit de bonnes occasions d'interprétation.]

L'élaboration, pour un patient victime de torture, c'est de pouvoir apporter des réponses éminemment individuelles (et non militantes) aux questions suivantes: pourquoi est-ce moi qui me suis retrouvé-là? Comment moi particulièrement, et dans l'après-coup, la torture m'a-t-elle atteinte? Pourquoi tel coup, telle humiliation, ont-ils été plus destructeurs que d'autres? Le fait de l'exil peut difficilement faire l'objet d'interprétation: rappelons qu'il a représenté le plus souvent la survie. La façon dont il est vécu, mise en relation avec les difficultés objectives, est, quant à elle, matière à élaboration. L'interprétation vise à l'élaboration des traumatismes: comme

dans toute psychothérapie classique, elle doit, pour être opérante, lier éléments de la structuration de la personnalité, passé traumatique, après-coup, situation présente, c'est-à-dire restituer au patient un fil continu, une identité réarticulée.

RÉFÉRENCES

AGGER, I., JENSEN, S.B., 1990, Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees, *Journal of Traumatic stress*, 3115-130.

ALLODI, F., 1982, Psychiatric sequalae of torture and implication for treatment, *World Medical Journal*.

ALLODI, F. ROJAS, A., 1985, The health and adaptation of victims of political violence in America (psychiatric effects of torture and disappearances), *Psychiatry, the State of Art, 6*.

BARROIS, C., 1986, S. Ferenzi et les névroses traumatiques, *Psychiatrie Française*, n° 5.

BARROIS, C., 1988, *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris.

BETTELHEIM, B., 1960, *Le cœur conscient*, Collection Pluriel, Livre de poche.

FREUD, S., 1919, L'inquiétante étrangeté, *Essai de psychanalyse appliquée*, Gallimard, Paris, 1985.

VASQUEZ, A., RODRIGUEZ, G., 1983, L'exil: une analyse psycho-sociologique, *L'information psychiatrique, 59*.

VIGNAR, M et M, 1989, *Exil et torture*, Denœl, Paris.

Dr Hélène Jaffe (médecin généraliste)
Marie-Hélène Beaujolin (psychothérapeute)